

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д.Л. Пиневич  
22.07.2011

Регистрационный № 069-0611

**ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
ПОСЛЕ ВАКУУМ-АСПИРАЦИЙ, АБОРТОВ  
И ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУО «Белорусская медицинская академия  
последипломного образования»

АВТОРЫ: -д-р мед. наук, проф. С.Л. Воскресенский, канд. мед. наук, доц.  
М.Л. Тесакова, канд. мед. наук, доц. Л.М. Небышинец

Минск 2011

Данная инструкция по применению (далее — инструкция) ставит своей целью снизить процент гнойно-септических осложнений при производстве вакуумов, абортов и лечебно-диагностических гинекологических операций в амбулаторных условиях (дневной стационар) и при необходимости в стационаре, что окажет положительное влияние на здоровье всего женского населения Республики Беларусь.

Прерывание беременности в I триместре (вакуум-аспирация плодного яйца и медицинский аборт) и лечебно-диагностические гинекологические операции (раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала (РДВ), полипэктомия, аспирация эндометрия, кульдоцентез) являются основными гинекологическими вмешательствами амбулаторного уровня. Необходимость профилактической и реабилитационной работы определяется теми осложнениями, которые встречаются после них.

Частота осложнений искусственного прерывания беременности, по данным российских авторов, колеблется в широких пределах: от 1,6 до 52%. Особенно значимы эти осложнения тем, что влияют в последующем на генеративную функцию женщины. Чаще всего это инфекционно-воспалительные заболевания гениталий, которые могут возникать как в раннем, так и в отдаленном интервале времени у 10–20% женщин; эндокринные нарушения (в основном в отдаленные сроки) — у 40–70% женщин. И те, и другие осложнения, как правило, тесно связаны между собой: даже однократно перенесенный воспалительный процесс может приводить в дальнейшем к нарушениям менструального цикла у 68,5% молодых женщин, бесплодию, невынашиванию беременности и возникновению внематочной беременности.

В группы риска гнойно-септических осложнений после абортов, в первую очередь, должны входить женщины активного репродуктивного возраста — 20–30 лет (70% женщин прерывают беременность в 20–34 года, а 30% женщин этой возрастной группы делают повторные аборты); во вторую очередь, женщины, имеющие маленьких детей от 1 до 1,5 года (каждая третья женщина в течение ближайших 6 мес. после родов прерывает беременность), и, в третью очередь, девочки-подростки, составляющие особую и самую уязвимую группу риска по прерыванию первой беременности.

Считается, что 45–86% лиц с гинекологическими заболеваниями имеют нарушения микроценоза влагалища, что может стать причиной развития инфекционных осложнений после внутриматочных хирургических вмешательств. В условиях операционного стресса, кровопотери, механической травматизации внутренней поверхности матки особое значение в развитии гнойно-воспалительных осложнений послеоперационного периода приобретает условно-патогенная флора цервикального канала и влагалища.

Поврежденный биологический барьер способствует снижению местного иммунитета и возрастанию вероятности восходящего пути инфицирования в послеоперационном периоде, многократно увеличивает риск гнойно-воспалительных осложнений в отдаленном периоде.

Все перечисленные факторы требуют не только профилактики, но и зачастую превентивного лечения воспалительных заболеваний после экстренных лечебно-

диагностических внутриматочных операций.

Критериями отбора пациенток для превентивной терапии являются:

- указание на наличие ИППП в анамнезе;
- наличие любых лабораторных и клинических признаков воспалительного процесса на момент операции;
- вторичное бесплодие;
- привычное невынашивание;
- синдром хронических тазовых болей;
- перенесенные ранее операции на придатках матки;
- инфекции мочевыводящих путей;
- иммунодефицитные состояния.

Экспериментальные и клинические данные показывают, что периоперационное применение антибиотиков позволяет снизить частоту послеабортных эндометритов в 2 раза, а частоту послеоперационных осложнений — с 20–40 до 1–5%. Антибиотикопрофилактика позволяет не только существенно снизить риск осложнений, но и сохранить репродуктивную функцию пациенток.

Необходимость антибиотикопрофилактики усиливают сопутствующие заболевания — экстрагенитальные (сахарный диабет, иммунодефицит, гипотрофия, ожирение, острый инфекционный процесс и др.) и генитальные (воспалительные заболевания органов малого таза, инфекции, передаваемые половым путем, предшествующие внутриматочные вмешательства, ношение ВМК).

Выбор наиболее безопасного антибиотика для профилактики чрезвычайно важен, поскольку препарат назначается практически всем пациенткам, направляемым для оперативного лечения. Уникальные фармакокинетические характеристики азитромицина — продолжительный период полувыведения, высокий уровень всасывания и устойчивость в кислой среде, способность этого антибиотика транспортироваться лейкоцитами к месту воспаления, высокая и продолжительная концентрация в тканях, возможность проникновения внутрь клетки, а также простые схемы применения (1,0 г однократно внутрь), высокая клиническая эффективность и комплаентность лечения, низкая токсичность — делают его препаратом выбора для профилактики гнойно-септических осложнений «одной дозой» антибиотика, в т. ч. и после вакуум-аспирации, медицинского аборта и лечебно-диагностических гинекологических операций.

Большее удобство применения азитромицина в варианте «одноразовой» профилактики для пациенток по сравнению с другими антибактериальными препаратами, требующими не только повторных применений, но и инвазивных методов введения (внутримышечного и внутривенного), а также возможность контроля над приемом однократной дозы со стороны медицинского персонала позволяют обеспечить 100% соблюдение режима антибиотикопрофилактики.

Уровень внедрения: дневные стационары с малыми операционными в структуре акушерско-гинекологических стационаров всех уровней оказания специальной медицинской акушерско-гинекологической помощи и гинекологические отделения тех же учреждений.

## **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

**Азитромицин** — 2 таблетки.

**Состав:** одна таблетка, покрытая оболочкой, содержит: активного вещества азитромицина (в виде дигидрата) — 500 мг.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Профилактика септических осложнений при внутриматочных вмешательствах:

- вакуум-аспирация плодного яйца;
- медицинский аборт;
- раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала — РДВ;
- полипэктомия;
- аспирация эндометрия;
- кульдоцентез.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

Индивидуальная непереносимость препарата.

### **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

В течение 2 ч после внутриматочного вмешательства (прерывание беременности в I триместре — вакуум-аспирация плодного яйца и медицинский аборт, лечебно-диагностические гинекологические операции — раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала, полипэктомия, аспирация эндометрия, кульдоцентез) принимается однократно внутрь 1,0 г (2 таблетки по 500 мг) азитромицина, который запивается 1/2 стакана воды. Азитромицин следует обязательно принимать за 1 ч до еды.

### **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

Не выявлены.